

شرایط عمومی بیمه جبران هزینه درمان سرطان

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جز لاینفک بیمه نامه است) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده است و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به طور کتبی به بیمه گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

ماده ۲- تعاریف

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند:

۲-۱- بیمه گر

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه درج و دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بوده و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری های سرطان و سایر هزینه های تحت پوشش مرتبط با آن را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲-۲- بیمه گر پایه

سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

۲-۳- بیمه گر تکمیلی

شرکت بیمه ای است که مازاد بر تعهدات بیمه گر پایه جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و سایر هزینه های مرتبط با موضوع این بیمه نامه را تا سقف تعهدات خود تحت پوشش قرار داده است

۲-۴- بیمه گذار

بیمه گذار شخصی است که با شرکت بیمه قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت اقساط حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشد.

۲-۵- بیمه شده

بیمه شده شخصی است که در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار با رعایت سایر شرایط مندرج در قرارداد می تواند از خدمات پزشکی و درمانی موضوع این بیمه نامه استفاده نمایند.

تبصره ۱: حداقل سن مشمول خرید بیمه نامه برای نوزدان از بدو تولد و حداکثر سن برای بیمه شده تا پایان ۶۰ سالگی می باشد.

۲-۶- موضوع بیمه

موضوع بیمه، پرداخت آن بخش از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری های سرطان و نیز سایر هزینه های مرتبط با درمان بیماری سرطان و در صورت ابتلاء، هزینه های تشخیصی می باشد.

۲-۶-۱- بیماری سرطان

بیماری سرطان بیانگر گروهی از بیماری ها می باشد که با گسترش کنترل نشده سلول های غیر طبیعی مشخص می گردند و در اثر عوامل خارجی (مواد شیمیایی، پرتوها و عفونت ها) یا عوامل داخلی (جهش های ارثی، هورمون ها، بیماری های سیستم ایمنی) بوجود می آیند که تشخیص قطعی آن از طریق نمونه برداری، آزمایش و بررسی پاتولوژیک (آسیب شناسی) امکان پذیر می باشد.

۲-۷- حق بیمه

حق بیمه وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط بیمه‌نامه توافق شده است، می‌باشد.

۲-۸- فرانشیز

سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

۲-۹- دوره انتظار

دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و در این بیمه معادل دو سال کامل شمسی از تاریخ شروع بیمه‌نامه می‌باشد.

۲-۱۰- مدت بیمه‌نامه

طول مدت بیمه درمان بیماری‌های سرطان در این بیمه‌نامه پس از پرداخت قطعی کامل حق بیمه، نامحدود و تا آخر عمر بیمه‌شده می‌باشد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده ۳- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظف‌اند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات بیمه‌شده را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار یا بیمه‌شده در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر به عمد از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا به عمد برخلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه‌نامه باطل و بلااثر خواهد بود و لولاینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تأثیری در وقوع هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر نداشته باشد. در این صورت وجوه پرداختی بیمه‌گذار مسترد نخواهد شد، و بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره: چنانچه معلوم شود بیمه‌گذار یا بیمه‌شده در پاسخ به پرسش بیمه‌گر به عمد از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع اعلام کرده‌اند، بیمه‌گذار و بیمه‌شده متعهد استرداد خساراتی خواهند بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده‌اند.

ماده ۴- آزمایشات غربالگری

۴-۱- چنانچه بر اساس سابقه فامیلی و سایر مستندات، بیمه‌شده در هنگام صدور بیمه‌نامه نیاز به انجام یک یا چند باره آزمایشات غربالگری و معاینات پزشکی داشته باشد هزینه‌های انجام آن بر عهده بیمه‌گذار می‌باشد.

۴-۲- بیمه‌شده موظف است چنانچه پس از صدور بیمه‌نامه و در طول مدت آن بنا بر تشخیص بیمه‌گر نیاز به انجام آزمایشات غربالگری خاصی وجود داشته باشد که کتباً از طریق بیمه‌گر اعلام می‌گردد نسبت به انجام آن اقدام و گزارش آن را ارسال نماید، بدیهی است در این صورت هزینه‌های انجام آن بر عهده بیمه‌گر خواهد بود.

ماده ۵- مهلت اعلام خسارت

بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از ابتلاء به بیماری سرطان و یا انجام هزینه‌های مرتبط با موضوع بیمه، مراتب را کتباً به بیمه‌گر اعلام نماید.

ماده ۶- پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار موظف است حق بیمه تعیین شده مطابق با شرایط بیمه‌نامه را پرداخت و قبض رسیدی که به مهر و امضای بیمه‌گر رسیده باشد را دریافت نماید و یا وجه حق بیمه را به حساب معرفی شده از طرف بیمه‌گر واریز و رسید آن را همان روز برای بیمه‌گر ارسال نماید.

تبصره ۵: در صورت توافق بیمه‌گذار و بیمه‌گر، امکان فروش این بیمه‌نامه با حق بیمه یکجا، تقسیط شده پنج ساله (پنج قسط سالانه و یا ۶۰ قسط ماهانه) فراهم خواهد بود و بیمه‌گذار متعهد می‌باشد کل حق بیمه را یکجا در ابتدای بیمه‌نامه و در صورت تقسیط حق بیمه، قسط اول را همزمان با شروع بیمه‌نامه و اقساط بعدی را در سررسید به بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۶: شروع اعتبار بیمه‌نامه مشروط به پرداخت اولین قسط حق بیمه می‌باشد.

فصل سوم: وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۷- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت توسط بیمه‌گر

۷-۱- هزینه‌های بیمارستانی شامل درمان طبی، جراحی طی دوران بستری در بیمارستان یا مرکز جراحی محدود، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، رادیوفورکانس، پیوند مغزاستخوان و روباتیک رادیو سرجری و سایر هزینه‌های مرتبط با موضوع بیمه طبق پروتکل‌های تشخیصی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر معتبر می‌باشد.

۷-۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی

تبصره ۱: هزینه درمان سرطان زمانی توسط بیمه‌گر پرداخت می‌گردد که اولاً اثبات شود بیماری بعد از شروع بیمه‌نامه حادث شده است که مبنای آن آزمایش پاتولوژی و یا سایر مستندات به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مبنی بر قطعیت سرطان می‌باشد، ثانیاً منوط به تسویه حساب کل حق بیمه و مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری توسط بیمه‌گذار با شرکت بیمه می‌باشد.

تبصره ۲: دوران انتظار پرداخت هزینه‌های درمان بیماری سرطان در این بیمه‌نامه دو سال و از شروع پوشش بیمه می‌باشد و به عبارتی چنانچه بیماری منشاء قبل از پوشش بیمه‌ای نداشته باشد و طی دو سال اول بعد از صدور بیمه‌نامه حادث شده باشد، هزینه‌های دوره انتظار قابل پرداخت نبوده و جبران هزینه‌های درمان واقع شده از ابتدای سال سوم به بعد قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۳: حداکثر سقف خسارت قابل پرداخت بر اساس فاصله زمانی شروع بیماری بیمه‌شده از تاریخ شروع اعتبار بیمه‌نامه و مطابق جدول تعهدات بیمه‌گر تعیین و تا پایان عمر ثابت باقی خواهد ماند. به عبارتی حداکثر سقف تعهدات بیمه‌گر جهت جبران هزینه‌های درمان بیماری سرطان مطابق با سرمایه بیمه در سال بیمه‌ای ابتلاء به سرطان می‌باشد.

۷-۳- هزینه‌های اعضای مصنوعی و پروتزهای درمانی برای رفع ناتوانی‌ها، معلولیت‌ها و عوارض ناشی از سرطان و یا درمان آن حداکثر به میزان ۱۰٪ سقف تعهدات بیمه‌گر.

۷-۴- در صورتی که در زمان وقوع خسارت بیمه‌شده بیمه تکمیلی دیگری هم برای پوشش بیماری سرطان داشته باشد، این بیمه‌نامه مازاد هزینه‌های جبران نشده توسط سایر بیمه‌گران تکمیلی (موضوع بند ۳-۲ ماده ۲) را در ارتباط با موضوع بیمه پوشش خواهد داد.

ماده ۸- مهلت پرداخت خسارت

بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۹- استثنائات

هزینه بیمارستانی و جراحی در موارد زیر از شمول تعهد بیمه‌گر خارج می‌باشد:

- ۹-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد مگر اینکه ناشی از وقوع بیماری بیمه‌شده در طی مدت تعهد بیمه‌گر باشد.
- ۹-۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی سرطان داشته و معالجه آن ضروری باشد.
- ۹-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی که به درمان سرطان کمک کند.
- ۹-۴- هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۹-۵- جراحی فک مگر آنکه به علت وقوع بیماری سرطان تحت پوشش باشد.
- ۹-۶- در صورتی که منشاء بیماری قبل از شروع پوشش بیمه‌نامه باشد.
- ۹-۷- هزینه‌های درمان در دوران انتظار.

فصل چهارم - مقررات مختلف

ماده ۱۰- بیمه‌شدگان در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد می‌باشند و پس از پرداخت هزینه‌های مربوط می‌باید صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نمایند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گزار مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورتحساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود. در غیر این صورت هزینه‌های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده بیمه‌گر با بیمارستان‌های هم‌تراز صورت خواهد گرفت.

تبصره: در صورتی که بیمه‌شدگان جهت جبران هزینه‌های تحت پوشش این بیمه‌نامه از سهم سایر بیمه‌گران پایه و یا تکمیلی استفاده نمایند بیمه‌گر باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد خود را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید، در هر صورت بیمه‌شدگان مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نمی‌باشند.

ماده ۱۱- هرگاه ثابت شود که بیمه‌گذار یا بیمه‌شده به عمد به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود یا بیمه‌شدگان وابسته به خود نموده است، در این صورت بیمه‌گر ضمن ابطال بیمه‌نامه محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده یا وابسته به وی پرداخت نموده است.

ماده ۱۲- هزینه بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه سرطان پیدا می‌کنند، در صورت تأیید حساب‌های آن توسط سفارت و یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه تا سقف تعهد هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در غیر این صورت هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان و یا زمان پرداخت، هر کدام کمتر باشد محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۳- فرانشیز

فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی و سایر هزینه‌های تحت پوشش این بیمه‌نامه در صورت عدم استفاده از پوشش بیمه‌گر پایه برابر ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی مربوطه می‌باشد که تأمین آن به عهده بیمه‌شده یا بیمه‌گذار است.

۱۳-۱- فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، اعم از اعمال جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی و سایر هزینه‌های مرتبط با موضوع بیمه با دریافت حق بیمه اضافی قابل کاهش خواهد بود. در هر صورت حداقل فرانشیز بیمه برابر ۱۰ درصد تعهدات بیمه گر میباشد که قابل بیمه شدن نیست.

ماده ۱۴- موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تسویه حق بیمه

بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند.

۱۴-۱- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱-۱-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

تبصره: در صورت عدم پرداخت حق بیمه حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ سررسید بیمه نامه به مدت یک ماه به حالت تعلیق در آورده و چنانچه بیمه گذار یا بیمه شده در دوره تعلیق نسبت به تسویه اقساط حق بیمه اقدام ننماید بیمه نامه به صورت یک طرفه از سوی بیمه گر فسخ خواهد شد.

۱-۱-۲- هرگاه بیمه گذار یا بیمه شده سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر، موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۱-۱-۳- در صورت عدم انجام آزمایشات الزامی و عدم ارائه گزارش آن دو ماه پس از اعلام کتبی بیمه گر بیمه نامه فسخ خواهد شد.

۱۴-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

بیمه گذار می تواند تقاضای فسخ بیمه نامه جاری را کتباً مشروط به عدم دریافت خسارت بنماید.

۱۴-۳- برگشت حق بیمه در صورت فسخ:

در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر در طول مدت پرداخت حق بیمه، کل حق بیمه وصولی تا زمان فسخ محاسبه و برگشت می گردد و در صورت فسخ بیمه نامه از سوی بیمه گذار در طول مدت بیمه با رعایت بند ۲-۱۵، پنجاه درصد حق بیمه پرداختی از سوی بیمه گذار محاسبه و برگشت خواهد شد. (به استثناء بیمه نامه ای که از محل آن خسارت پرداخت شده است)

ماده ۱۵- نحوه فسخ

۱۵-۱- در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را به وسیله نامه، نامه الکترونیکی، فکس (نمابر) و سایر وسایل مقتضی کتباً به بیمه گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.

۱۵-۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد. چنانچه در درخواست بیمه گذار، تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۱۶- کتبی بودن اظهارات

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

ماده ۱۷- در صورت بروز هرگونه اختلاف احتمالی بین بیمه گر و بیمه شده، موارد اختلاف می بایست از طریق مذاکره فیما بین حل گردد و در غیر این صورت ابتدا از طریق داوری و در صورت باقی ماندن مورد اختلاف به محاکم حقوقی ذیربط و ذیصلاح ارجاع و حکم قطعی توسط آن مرجع صادر خواهد شد.

شرکت بیمه البرز (سهامی عام)

بیمه گذار